

「在宅療養支援病院」の開設数の現状と課題

在宅療養を支える病院の役割について

武田 誠一

新潟青陵大学看護福祉心理学部福祉心理学科

Current Situation and Problems in Number of Established “Home Medical Treatment Support Hospital”

About Rolls of Hospitals Supporting Home Medical Treatment

Nobukazu Takeda

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

キーワード

在宅療養支援病院，在宅医療，地域ケアシステム

要旨

本研究は、2008年の診療報酬改定において導入された「在宅療養支援病院」の開設状況を調査したものである。

「在宅療養支援病院」は、在宅療養を支援する診療所がない地域で、在宅療養の主たる担い手となっている病院を診療報酬で高く評価する仕組みである。

2008年10月1日現在、全国で北海道、秋田県、岐阜県、静岡県、鳥取県、広島県、大分県、鹿児島県、宮崎県の9道県に10病院しか存在しない。

その理由は、「在宅療養支援病院」の施設基準に「病院を中心とした半径4 km以内に診療所が存在しない」という、厳しい要件が課されていることが考えられる。

そのため、「在宅療養支援病院」は極めて稀な存在となり、本来の在宅療養を支援する診療所がない地域を補完する役割を十分に担えていない。

今後、在宅療養支援の環境を整えるためには、地域に存在している医療資源が十分活用できるように、選択の幅を備えた制度設計が必要である。

Key words

Home Medical Treatment Support Hospital , Home healthcare , Local care system

Abstract

This study is a survey that examined the establishment situation of “Home Medical Treatment Support Hospital” introduced by Revised Clinic Fees in 2008.

“Home Medical Treatment Support Hospital” is a system that highly evaluates clinic fees of main hospitals that carry the home medical treatment in the region where there is no clinic supporting home medical treatment.

As of October 1, 2008, there are only 10 hospitals in 9 prefectures all over the country: Hokkaido, Akita, Gifu, Shizuoka, Tottori, Hiroshima, Oita, Kagoshima, and Miyazaki.

The reason could be considered as a severe requirement in Home Medical Treatment Support Hospital facility standards that prescribes “There is no clinic within a radius of 4 km from the hospital”.

Therefore, “Home Medical Treatment Support Hospital” is an extremely rare existence, and can't carry enough rolls that make up for the region without support clinics dealing with essential home medical treatments.

In the future, to prepare the supporting environment for home medical treatment, the system design with a flexible choice capability that allows an enough utilization of medical resources in each region is indispensable.

1. はじめに

今日の医療・介護の政策は、在宅療養を強く推し進めるものになっている。急性期医療の現場では、在院日数の短縮が強く求められている、また、慢性期の医療現場では医療依存度の少ない患者に対する診療報酬は削減されており、このように医療機関は患者を在宅療養に向けた支援をせざるを得ない環境となっている。

この現状を今以上に加速させる事態が進行しつつある、それが介護保険における介護施設である介護療養型医療施設の廃止である、介護療養型医療施設は、2012年3月までに廃止されることが決定している。また、この介護療養型医療施設の廃止に連動する形で医療保険が適用される療養病床の削減も予定されており、医療機関は今より増して患者を在宅療養に誘導することが求められることとなる。ただ、患者を地域で、在宅で、支援する体制は十分整っているとはいいがたく、このままであれば、多くの患者が行き場を失うことになりかねない。

国は在宅療養の整備を目指して、2006年の診療報酬改定において「在宅療養支援診療所」を制度化した。「在宅療養支援診療所」とは地域における退院患者の在宅療養提供に主たる責任を有する診療所として、24時間の往診・訪問看護が可能な体制を整え届出を行った診療所のことで、在宅医療の診療報酬において他の診療所より高い点数が^{1, 2)}みとめられている。

2. 「在宅療養支援診療所」の現状と「在宅療養支援病院」の誕生

「在宅療養支援診療所」は全国的に見ても地域による偏在が大きく（表1）市部に集中

表1 都道府県別の「在宅療養支援診療所」届出数

（2007年10月1日現在）

都道府県名	在宅療養支援診療所(ヶ所)	都道府県名	在宅療養支援診療所(ヶ所)
北海道	212	滋賀県	55
青森県	75	京都府	263
岩手県	75	大阪府	1388
宮城県	89	兵庫県	634
秋田県	58	奈良県	87
山形県	66	和歌山県	129
福島県	153	鳥取県	53
茨城県	140	島根県	109
栃木県	118	岡山県	257
群馬県	158	広島県	465
埼玉県	360	山口県	113
千葉県	192	徳島県	126
東京都	1126	香川県	104
神奈川県	574	愛媛県	162
新潟県	93	高知県	31
富山県	30	福岡県	681
石川県	107	佐賀県	123
福井県	40	長崎県	285
山梨県	35	熊本県	181
長野県	209	大分県	161
岐阜県	148	宮崎県	94
静岡県	237	鹿児島県	218
愛知県	450	沖縄県	47
三重県	120	合 計	10631

（出典）

独立行政法人福祉医療機構 WAMネット掲載データを基に集計、2008年10月31日確認、
（http://www.wam.go.jp/iryoappl/menu_control.do?init=y&scenario=b4）。

し郡部には少ないと報告されている³⁾。また、新潟県の現状を調査した武田は「現状では、在宅医療を提供する医療機関としては、『在宅療養支援診療所』ではない診療所が中心となっていると考えられる⁴⁾」と述べている。

このように、地域に偏りなく「在宅療養支援診療所」が整備されていない状況では、千葉や武田が指摘するように「在宅療養支援診療所」ではない診療所、病院等の活用を図らなくてはならない^{3, 4)}。

このような状況を受け、2008年の診療報酬改定において、在宅療養を支援する診療所がない地域では、在宅療養の主たる担い手が病院である場合でも診療報酬上で高く評価できる仕組みとして「在宅療養支援病院」が導入されることになった⁵⁾。「在宅療養支援病院」は、「在宅療養支援診療所」とほぼ同じ施設基準であるが、大きく異なる部分は「保険医療機関である病院であって、当該病院を中心とした半径4 km以内に診療所が存在しないものであること²⁾」とされている部分にある。

3. 研究目的

本研究の目的は、「在宅療養支援病院」の開設状況の調査を行い、現状と課題を把握することである。このことは、医療機関の機能分化が進む中での、在宅療養を支える病院の役割、特に中小の一般病院が、今後、地域において担う役割を考える上での論点の提示に結びつく重要な資料になると考えられる。

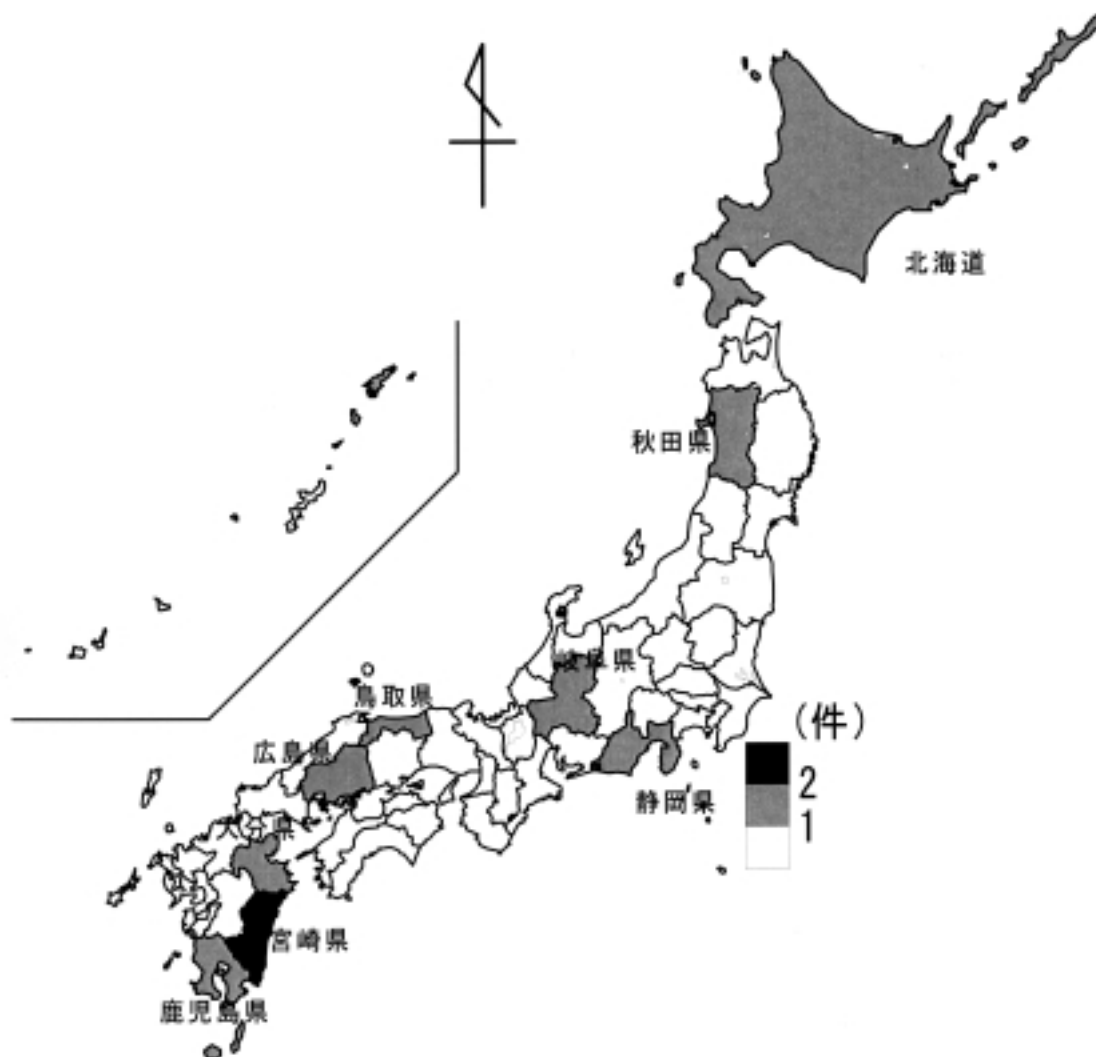
4. 研究方法

今回は「在宅療養支援病院」の開設状況のみに焦点を当てた調査のため、各地方厚生局及び地方厚生局都府県事務所に対し行政文書開示請求を行い、2008年10月1日現在における「在宅療養支援病院」の「届出受理医療機関名簿（届出項目別）」の開示を受け、そのデータを集計した。

5. 結果

2008年10月1日現在における「在宅療養支援病院」は全国で10病院のみである（表2）。また、全国で北海道、秋田県、岐阜県、静岡県、鳥取県、広島県、大分県、鹿児島県、宮崎県の9道県のみが存在している（図1）。

(2008年10月1日現在)



6. 考察

6-1 「在宅療養支援病院」の施設基準における地理的要件

「在宅療養支援病院」は全国的に極めて少ない現状にあった、その理由は「在宅療養支援病院」の施設基準が大きな要因で、「保険医療機関である病院であって、当該病院を中心とした半径 4 km以内に診療所が存在しないものであること」という地理的要件が制約となっていると考えられる。

この地理的要件については、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会（以下、小委員会）において論議されている。2007年11月9日の第108回小委員会において「在宅医療を支援する病院の評価について」として、厚生労働省から提案がなされ、その資料の中で「病院の周囲半径5 km以内に在宅医療を行う診療所がない地域」で在宅医療を支援する病院を例として提示している。ただ、この「周囲半径5 km」の根拠は明確ではなく、出席委員からの発言でも地理的要件の設定に疑問が出されている⁷⁾。この論議を受け2007年12月

14日の第117回小委員会では、無医地区の基準を準用する形で半径4 km以内という基準を提案しており、この基準を北海道、長野県及び三重県に当てはめた場合、それぞれ14ヶ所、1ヶ所、2ヶ所が該当すると報告している。⁸⁾このような論議を経て、「在宅療養支援病院」の施設基準に「半径4 km以内に診療所が存在しない」という地理的要件が導入された。

なお、小委員会の論議では、地理的要件を設定することで「在宅療養支援病院」の届出は少ないと予想していたが、⁹⁾このことは今回の調査結果によっても裏付けられた。

しかし、「在宅療養支援病院」を導入した背景が、在宅療養を提供する診療所が存在しない地域の改善であったことを考えた場合、現状の開設数は十分ではない。

例えば、「在宅療養支援診療所」開設数下位の富山県、高知県、山梨県には「在宅療養支援病院」は存在しないが、「在宅療養支援診療所」開設数上位の広島県には「在宅療養支援病院」が存在している（表1、2）。

表2 都道府県別の「在宅療養支援病院」届出数

（2008年10月1日現在）

都道府県名	在宅療養支援病院(ヶ所)	都道府県名	在宅療養支援病院(ヶ所)
北海道	1	滋賀県	0
青森県	0	京都府	0
岩手県	0	大阪府	0
宮城県	0	兵庫県	0
秋田県	1	奈良県	0
山形県	0	和歌山県	0
福島県	0	鳥取県	1
茨城県	0	島根県	0
栃木県	0	岡山県	0
群馬県	0	広島県	1
埼玉県	0	山口県	0
千葉県	0	徳島県	0
東京都	0	香川県	0
神奈川県	0	愛媛県	0
新潟県	0	高知県	0
富山県	0	福岡県	0
石川県	0	佐賀県	0
福井県	0	長崎県	0
山梨県	0	熊本県	0
長野県	0	大分県	1
岐阜県	1	宮崎県	2
静岡県	1	鹿児島県	1
愛知県	0	沖縄県	0
三重県	0	合 計	10

つまり、在宅療養を提供する診療所が存在しない地域を補完するのであれば、「在宅療養支援診療所」の開設数下位の県に存在する必要があるがそうはなっていない、やはり「半径4 km以内に診療所が存在しない」という地理的要件がネックとなっていると考えられる。

6-2 医療機関の機能分化

ではなぜ、あえて届出が少ないと予想できるような厳しい基準である「半径4 km以内に診療所が存在しない」としたのか、その大きな理由として、医療機関の機能分化が影響している。

医療機関の機能分化として病院は入院、診療所はかかりつけ医、在宅医療という枠組みのもと医療供給体制の整備が進んでいる現状では、¹⁰⁾病院には「在宅療養支援診療所」を支

援する役割が求められた。⁸⁾ また、要件を緩和し多くの病院に認めると患者の囲い込みが起
こるのではないかと懸念もあり、⁷⁾「在宅療養支援病院」はあくまで例外的なものとしての
認識が強くなり、このような厳しい基準となった。

そのため、「在宅療養支援病院」は極めて稀な存在として位置づけられるものになってしま
い、本来の「在宅療養支援診療所」の存在しない地域を補完する役割は十分に担えてい
ない。

6-3 中小一般病院の役割

今回の調査結果から「在宅療養支援病院」は極めて稀な存在であった、しかし、病院が
在宅療養を担うことは稀なケースではなく、200床未満の中小の一般病院に認められている
「在宅時医学総管理料」の届出病院は、全国的にも多く存在している（表3）^{注1)}

表3 都道府県別の「在宅時医学総管理料(病院)」届出数

(2007年10月1日現在)

都道府県名	在宅時医学総管理料届出(病院)	都道府県名	在宅時医学総管理料届出(病院)
北海道	38	滋賀県	2
青森県	10	京都府	21
岩手県	2	大阪府	89
宮城県	15	兵庫県	48
秋田県	5	奈良県	6
山形県	5	和歌山県	11
福島県	8	鳥取県	3
茨城県	14	島根県	4
栃木県	3	岡山県	28
群馬県	11	広島県	25
埼玉県	28	山口県	16
千葉県	20	徳島県	29
東京都	64	香川県	21
神奈川県	29	愛媛県	13
新潟県	5	高知県	21
富山県	6	福岡県	39
石川県	15	佐賀県	13
福井県	14	長崎県	13
山梨県	3	熊本県	28
長野県	16	大分県	14
岐阜県	8	宮崎県	10
静岡県	6	鹿児島県	37
愛知県	30	沖縄県	7
三重県	5	合 計	858

(出典)
独立行政法人福祉医療機構 WAMネット掲載データを基に集計、2008年10月31日確認、
(http://www.wam.go.jp/iryoappl/menu_control.do?init=y&scenario=b4)

つまり、医療機関の機能分化が進められている中においても、地域の中小の一般病院は、
入院医療に限定されず、在宅療養の支援も担っている。これは、急性期、慢性期という単
純な医療機関の機能分化では担えない役割が中小の一般病院に存在していることを意味し
ている。¹¹⁾

このような中小の一般病院の役割について、2001年9月「四病院団体協議会 高齢者医療
制度・医療保険制度検討会」は、慢性疾患の急性増悪、重症ではないが入院を繰り返す高
齢者などは、DPCを導入している急性期の病院や、看護体制の弱い療養病床の病院など
では対応しにくい側面がある、¹²⁾そういった患者を必要に応じて入院させ、在宅医療の後方支
援を行い、介護保険施設などと連携し地域に特化した医療機関としての役割を果たすこと

が中小の一般病院の目指すところだと述べている。^{13) 注2)}

6-4 在宅療養を支援する中小一般病院の役割

地域の中小一般病院はその役割を在宅医療の後方支援等と位置づけている、また「在宅時医学総合管理料」の届出を行っている病院では「介護支援専門員（ケアマネージャー）社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置」されており、在宅療養にとって力強い存在である。このように「在宅時医学総合管理料」の届出病院は、地域において在宅療養を支える能力を有しており、また十分とは言えないが各地に存在している。

6-5 「在宅療養支援病院」と「在宅時医学総合管理料」届出病院

地理的要件をクリアできない以上、「在宅時医学総合管理料」届出病院は「在宅療養支援病院」に移行できない、そのため在宅療養を支援する診療所がない地域に「在宅時医学総合管理料」届出病院が存在しても「在宅療養支援病院」にはなれず、仮に在宅療養の支援を行っていても診療報酬において高い評価は得られない。これでは、「在宅時医学総合管理料」届出病院が在宅療養を支援する診療所がない地域で、在宅療養支援を継続するインセンティブにはならず、在宅療養支援が充実しない恐れがある。

そのためにも、「半径4km以内に診療所が存在しない」という地理的要件を「半径4km以内に『在宅療養支援診療所』が存在しない」へ緩和すること、または、現在は病院と「在宅療養支援診療所」ではない診療所と同額である「在宅時医学総合管理料」の診療報酬を病院には高く評価するなどの検討が必要である。^{注3)}

7. まとめ

在宅療養を支援する環境がどの地域でも充実することが求められるが、医療資源は限られている、その意味で「在宅療養支援病院」は、地域に存在する在宅療養の主たる担い手であった病院に着目し、それを有効に活用しようと試みた制度であった。だが、現実にはその基準が厳しく実効性が乏しい。

したがって、今後、在宅療養支援の環境を整えるためには、地域に存在している医療資源が十分活用できるように、選択の幅を備えた制度設計が必要である。

最後に、これからの研究課題について触れておく、今回は「在宅療養支援病院」の開設状況のみに焦点を当てた調査であった、今後は「在宅療養支援病院」の診療実態を「在宅療養支援診療所」や「在宅時医学総合管理料」届出病院との相違という観点から研究を行いたい。

(注)

注1) 在宅時医学総合管理料とは、通院が困難なため居宅において療養を行っている患者に対し、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に行う訪問診療に対して算定される診療報酬である。算定するためには、施設基準として「在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療などを行うことができる体制を確保していること」、「介護支援専門員（ケアマネージャー）や社会福祉士などの連携調整を担当する者を配置していること」などの要件を満たし、病院の場合は病床数が200床未満であることが求められている。

注2) 「四病院団体協議会」は、社団法人日本病院会、社団法人全日本病院協会、社団法人日本医療法人協会、社団法人日本精神科病院協会の4つの団体から構成されている。

注3) 在宅時医学総合管理料の診療報酬

診療報酬	「在宅療養支援診療所」 「在宅療養支援病院」	それ以外の診療所 200床未満の病院
	点数	
在宅時医学総合管理料 (月1回)	処方箋交付 有 4200点	処方箋交付 有 2200点
	処方箋交付 無 4500点	処方箋交付 無 2500点

(引用・参考文献)

- 1) 佐原康之．在宅療養支援診療所の役割と診療報酬改定のねらい．緩和ケア．2006；16(6)：529-535.
- 2) 医学通信社．診療点数早見表．東京：医学通信社；2008．
- 3) 千葉宏毅, 濃沼信夫, 伊藤道哉ほか．在宅療養支援診療所の経年推移と在宅看取りの地域性に関する一考察．日本医療・病院管理学会誌．2008；45(Supplement)：174．
- 4) 武田誠一．新潟県内の在宅医療のサービス基盤に関する研究 新潟県における「在宅療養支援診療所」の開設状況．新潟青陵大学紀要．2007；7：73-85.
- 5) 中央社会保険医療協議会．第108回診療報酬基本問題小委員会（平成19年11月9日開催）資料3-1．2007．
- 6) 中央社会保険医療協議会．第108回診療報酬基本問題小委員会資料（平成19年11月9日開催）資料3-2．2007．
- 7) 中央社会保険医療協議会．第108回診療報酬基本問題小委員会（平成19年11月9日）議事録．2007．
- 8) 中央社会保険医療協議会．第117回診療報酬基本問題小委員会（平成19年12月14日開催）資料2-1．2007．
- 9) 中央社会保険医療協議会．第117回診療報酬基本問題小委員会（平成19年12月14日）議事録．2007．
- 10) 和田忠志．在宅医療とは何か．在宅医療の展望．東京：中央法規出版；2008．pp．17-40．
- 11) 篠田道子．【退院調整看護師の専任化の意義】 診療報酬の動きのなかでの退院計画 亜急性期入院医療管理料との関係を中心に．看護展望．2004；29(9)：44-48.
- 12) 猪口雄二．インタビュー病床区分届出完了できく「地域一般病棟」って何ですか．健康保険．2003；57：37-41.
- 13) 猪口雄二．「地域一般病棟」について．病院．2003；62(12)：988-992.